

### **Efficientamento della spesa sanitaria - Misure di indirizzo alle Aziende sanitarie regionali circa l'applicazione dall'art. 9 e ss. della L. 6 agosto 2015, n. 125.**

#### **La situazione attuale**

L'attuale assetto costituzionale attribuisce la "tutela della salute" alla potestà legislativa concorrente delle Regioni, conservando alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la determinazione dei principi fondamentali per garantire livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali in tutto il territorio nazionale (LEA). Conseguentemente, il sistema che presiede al finanziamento della spesa sanitaria è evoluto verso l'autonomia finanziaria, impositiva e di spesa, riconosciuta a ciascuna Regione.

Negli ultimi anni, le risorse disponibili sono state ridimensionate a seguito dei correttivi introdotti con le manovre poste in essere dal Governo, cui sono seguiti ulteriori interventi di riduzione delle dinamiche di finanziamento del SSN.

Le misure di contenimento della spesa, dettate principalmente da un decennio di crescita economica debole, unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione, all'incremento delle cronicità e allo sviluppo di tecnologie innovative (strumentali e terapeutiche) hanno determinato gli ormai noti interventi nazionali di razionalizzazione della spesa (diretti principalmente verso alcuni comparti: acquisti di beni e servizi, assistenza farmaceutica, dispositivi medici, spesa del personale) e inevitabilmente inciso sull'ammontare del finanziamento.

Nel contesto sopra descritto, di marcato contenimento di risorse, la Regione Umbria, con la finalità di esercitare adeguati livelli di governance sul Sistema Sanitario regionale e con l'intento di mantenere la propria vocazione universalistica, continuando a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti ha ritenuto di ripensare in maniera sostanziale sia al modello organizzativo che alle modalità di erogazione di prestazioni/interventi sanitari e socio-sanitari, cercando di migliorare ulteriormente l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni. La forte responsabilizzazione delle Aziende sanitarie regionali verso il raggiungimento degli obiettivi legati all'utilizzo efficiente delle risorse ha costituito la filosofia di una politica basata sulla rigorosa individuazione di obiettivi realistici da conseguire, metodi e sanzioni economiche per l'eventuale mancato raggiungimento.

La complessiva strategia di "riordino del SSR" ha operato attraverso tre grandi direttrici d'intervento:

- riordino e razionalizzazione dei servizi;
- riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- rafforzamento dei sistemi amministrativo-contabili e "spending review".

Attraverso le misure di riordino e razionalizzazione dei servizi del SSR e di riassetto istituzionale, di cui alla DGR 970 del 30.07.2012 e alla Legge Regionale n. 18 del 12.11.2012 "*Ordinamento del servizio sanitario regionale*" è stato dato il primo impulso

all'azione di razionalizzazione dell'intero sistema in termini di appropriatezza ed integrazione, cercando di ridimensionare le offerte che implicavano il rischio di sovrapposizioni e sprechi di risorse tecnologiche e garantendo un'offerta integrata tra le varie aziende, attraverso la valorizzazione delle competenze acquisite e la relativa disponibilità su scala regionale. Con DGR 970/2012 che fissava le linee ispiratrici della dell'organizzazione del SSR veniva tra l'altro confermata e definita la creazione della Centrale Operativa unica regionale "118", prevedendo il riordino complessivo del **sistema dell'emergenza-urgenza** attraverso la individuazione di un modello di riferimento del tipo Hub&Spoke con l'articolazione "verticale" in:

- DEA di 2° livello (le due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni quali centri HUB);
- DEA di 1° livello (centri SPOKE: Città di Castello-Branca, Foligno-Spoleto, Orvieto);
- Ospedali di Territorio

per rispondere ai bisogni dell'utenza in modo gradualmente crescente con livelli di cura idonei ad ottenere il miglior rapporto costo-beneficio.

La prevista riorganizzazione della rete ospedaliera ha implicato altresì la omogeneizzazione dell'offerta assistenziale in "**area medica**" nei vari territori della Regione Umbria, attraverso la riconversione dell'offerta dei PL per acuti in PL per Lungodegenza e per RSA, nonché l'attivazione sperimentale delle Unità di Degenza Infermieristica. Tale risposta organizzativa ai bisogni della post-acuzie consente il miglioramento degli indicatori di performance ospedaliera e l'utilizzazione appropriata dei setting assistenziali, liberando risorse in termini di "posti letto" per l'accoglimento e la gestione dei nuovi casi acuti.

Sul versante "**area chirurgica**" l'atto di riorganizzazione prevedeva:

- l'omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sul territorio regionale attraverso la ridefinizione delle Chirurgie generali in base a criteri di integrazione con la rete dell'emergenza urgenza;
- l'integrazione funzionale ed organizzativa tra ASL e AO, tramite la stipula di appositi protocolli, per consentire l'interscambio di professionisti;
- la riorganizzazione delle Chirurgie specialistiche attraverso i c.d. "pool itineranti di professionisti" al fine di aumentare l'offerta nelle discipline a maggiore mobilità passiva extra-regionale.

Infine per quanto concerne "**area materno infantile**" veniva prevista la riorganizzazione progressiva della rete dei Punti Nascita, secondo le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010, in una logica di garanzia di tempi rapidi di accesso, massima sicurezza della madre e del bambino attraverso un'adeguata presenza delle figure professionali a ciò necessarie. L'atto di riorganizzazione contemplava altresì il parallelo ridisegno delle Unità Operative di assistenza neonatale, con contestuale attivazione di un adeguato sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN). Infine nell'ambito del percorso di assistenza alla nascita veniva contemplato il rafforzamento del ricorso alle attività consultoriali, garantendo la continuità del percorso di presa in carico dalla gravidanza, al parto ed al puerperio.

Dal punto di vista organizzativo la Legge regionale ha previsto la rimodulazione degli ambiti territoriali della Aziende Usl, attraverso la revisione degli assetti organizzativi e la ridefinizione della mission delle Aziende Ospedaliere, trasformate in Aziende Ospedaliero-Universitarie, con l'obiettivo di realizzare una progettualità omogenea, di scala appropriata e non condizionata da interessi localistici.

Sull'ultimo versante (rafforzamento dei sistemi amministrativo-contabili e "spending review") la strategia regionale ha previsto da un lato il potenziamento dei sistemi di gestione e dall'altro interventi di riduzione selettiva dei costi.

In ordine al potenziamento dei sistemi amministrativo/gestionali, sono state individuate specifiche aree di intervento:

- gestione unitaria, su scala regionale, del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie regionali, conferendo mandato all'Azienda Ospedaliera di Perugia all'espletamento di una procedura ad evidenza pubblica finalizzata all'affidamento del servizio di gestione e liquidazioni sinistri e alla predisposizione di linee guida di ambito regionale, che prevedono tre fasce di gestione del rischio da responsabilità sanitaria, di cui le prime due in regime di autoritenzione, la terza a gestione assicurativa;
- riforma ICT quale supporto fondamentale per l'efficientamento del sistema e contributo essenziale a determinare efficacia, qualità e sicurezza delle cure e istituzione della Centrale Regionale per gli Acquisti in Sanità (CRAS). Costituita in attuazione della LR 29 aprile 2014, n. 9, all'interno della società Umbria Salute Scarl, la Centrale regionale di acquisto per la Sanità (CRAS), ha il compito di assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse del Servizio sanitario regionale mediante:
  - ✓ la razionalizzazione della spesa sanitaria per forniture e servizi;
  - ✓ il rispetto dei principi di efficacia ed efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali, anche attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda di beni e servizi;
  - ✓ l'imparzialità, la trasparenza e la regolarità della gestione dei contratti pubblici;
  - ✓ la prevenzione della corruzione e del rischio di eventuali infiltrazioni mafiose.

Al fine di produrre effetti positivi sull'impiego delle risorse disponibili, nonché sull'appropriatezza delle prestazioni rese, ulteriori misure di razionalizzazione hanno riguardato il sistema di finanziamento delle Aziende e il riordino del tariffario regionale.

Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie rappresenta, come noto, uno degli strumenti necessari alla Regione per guidare i comportamenti delle Aziende verso livelli elevati di efficacia e di efficienza, nel quadro delle compatibilità economico-finanziarie del sistema ed in tale contesto il modello di finanziamento della Regione Umbria è basato su: Livelli Essenziali di Assistenza, assegnazioni per funzioni e applicazione del sistema tariffario.

Con riferimento ai ricoveri ospedalieri per acuti, la Giunta regionale (DGR n. 957/2013) ha disposto l'applicazione, con decorrenza dal 1 settembre 2013, del tariffario nazionale di cui al D.M. 18.10.2012.

Inoltre, il D. Lgs. n. 68/2011 in materia di federalismo fiscale ha previsto, a partire dal 2013, l'applicazione della metodologia dei costi standard per la definizione dei fabbisogni sanitari. Tale impostazione, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della spesa, fornisce un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto, anche attraverso il raffronto tra le varie Regioni: è previsto che la determinazione del fabbisogno standard si realizzi attraverso l'applicazione a tutte le Regioni dei valori di costo rilevati nel secondo anno precedente a quello di riferimento nelle tre Regioni "benchmark" scelte tra le cinque migliori Regioni sia per equilibrio economico, che per qualità dei servizi erogati.

L'Umbria è risultata la prima di tale graduatoria, sia con riferimento all'anno 2011 (determinazione fabbisogno 2013) che per l'esercizio 2012 (riparto 2014): significativo risultato frutto della capacità di programmazione, che dimostra come, pur in una piccola realtà penalizzata dalle economie di scala, sia possibile avere un Sistema Sanitario pubblico in grado di garantire la massima qualità delle prestazioni e di mantenere l'equilibrio di bilancio.

Dal punto di vista economico-finanziario, l'efficacia delle sopra descritte misure è confermata dai risultati gestionali del SSR, dai quali emerge, ormai stabilmente, l'equilibrio del Sistema Sanitario regionale sia nel suo complesso, che per singola Azienda (quadriennio 2011-2014). Tale risultato assume particolare rilevanza in un periodo di contrazione delle risorse e denota la particolare attenzione posta alle leve programmatiche che la Regione ha messo in campo ed il costante contenimento della dinamica dei costi che le Aziende hanno realizzato.

Risultato di un'attenta programmazione sanitaria regionale che rappresenta la base per il mantenimento di un Servizio Sanitario regionale in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione, assicurando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, qualitativamente allineato ai migliori standard nazionali ed internazionali, in grado di sostenere innovazione e adeguamento strutturale/tecnologico.

A tale scopo, nell'esercizio 2014 la Regione Umbria ha provveduto a destinare (ai sensi dell'art. 29, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 118/2011) una quota pari a 25 milioni di euro di contributi di parte corrente alla realizzazione di investimenti, cui la programmazione aziendale ha aggiunto ulteriori 26 milioni, ritenendo che, oltre all'ammodernamento tecnologico, dovesse essere prioritariamente garantiti interventi in ordine alla sicurezza delle strutture sanitarie, in particolare, per l'adeguamento alla normativa antincendio e per la riduzione della vulnerabilità sismica.

Tale disposizione risulta ancor più determinante se si considera che le risorse destinate al finanziamento dell'edilizia sanitaria sono state interessate negli ultimi anni dai tagli lineari dei capitoli del bilancio dello Stato nell'ambito delle manovre di finanza pubblica adottate dal 2008 in poi e se si valuta che gli aspetti di edilizia sanitaria hanno una connotazione innovativa anche per quanto concerne il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata.

L'insieme delle misure descritte, correlate alla copertura delle perdite pregresse riconducibili agli anni 2010 e precedenti, ha consolidato i buoni risultati raggiunti dal punto di vista economico-finanziario, consentendo, in particolare, oltre al mantenimento di una situazione di equilibrio gestionale e di governo dei meccanismi di spesa, anche il rafforzamento della situazione patrimoniale del Servizio Sanitario Regionale.

Le misure aziendali adottate anche in applicazione del D.L. n. 95/2012 (convertito nella L. n. 135/2012) e della L. n. 228/2012 hanno determinato una contrazione della dinamica dei costi, che ha consentito risultati particolarmente rilevanti nell'esercizio 2014.

Un ulteriore obiettivo raggiunto è rappresentato dalla riduzione dei tempi medi di pagamento dei fornitori del SSR e dalla convergenza di tutte le quattro Aziende Sanitarie regionali entro i parametri previsti dalla norma vigente; risultato conseguito sia attraverso provvedimenti straordinari a carattere erogativo, sia con l'attivazione dell'anticipazione di liquidità prevista dall'art. 3 del D.L. n. 35/2013, consentendo la ricapitalizzazione delle

Aziende Sanitarie per la copertura degli ammortamenti non sterilizzati precedenti all'attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011. Si riporta di seguito l'indicatore di tempestività dei pagamenti al II trimestre 2015 (dati al 30 giugno):

<b>AZIENDE SANITARIE</b>	<b>TEMPI MEDI DI PAGAMENTO</b>	<b>INDICATORE DI TEMPESTIVITA'</b>
AZIENDA USL UMBRIA N. 1	39,59	-20,41
AZIENDA USL UMBRIA N. 2	40,89	-19,11
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	23,11	-36,89
AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	50,65	-9,35

Per l'esercizio 2015, la Regione Umbria ha proceduto alla consueta attività programmatoria, ravvisando la necessità di impegnare le singole Aziende Sanitarie ed il Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Con Deliberazione n. 1383 del 03.11.2014 la Giunta regionale ha emanato indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2015, ritenendo opportuno individuare linee di programmazione economico-finanziaria, con l'obiettivo di favorire l'adozione dei relativi bilanci preventivi nei tempi previsti dal Decreto Legislativo n. 118/2011 e con la finalità di esercitare adeguati livelli di governance economico-finanziaria.

Successivamente, con DD.G.R. n. 950 e n. 951 del 03.08.2015 sono stati definiti sia il riparto del finanziamento sanitario di parte corrente, che le linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le Aziende USL e le strutture erogatrici.

La programmazione economico-finanziaria, disposta con i provvedimenti sopra citati, è stata impostata, pur in assenza dell'atto formale di riparto a livello centrale, stante l'esigenza di fornire alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per assicurare un governo puntuale delle risorse disponibili. Tiene inoltre conto dell'ulteriore contributo delle Regioni a Statuto ordinario (euro 3.452 milioni annui) previsto dall'art. 1, comma 398 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di Stabilità 2015) e di quanto successivamente sancito dall'Intesa Stato-Regioni del 26.02.2015. Quest'ultima, in attuazione della citata L. 190/2014, ha infatti stabilito una riduzione di risorse destinate al settore sanitario per 2.000 milioni di Euro, poi recepita con l'Intesa Stato-Regioni del 02.07.2015 che ha conseguentemente rideterminato il livello di finanziamento per l'anno in corso.

Il monitoraggio dell'andamento economico-finanziario dell'esercizio conferma l'equilibrio economico gestionale del Sistema Sanitario Regionale anche per l'anno 2015.

In ordine alle misure da adottare in attuazione della nuova manovra di finanza pubblica, la Regione Umbria intende proseguire nell'opera di consolidamento e tenuta dei conti con l'adozione di interventi rivolti sia alla revisione/efficientamento della spesa, che alla riorganizzazione dei servizi.

## **L. 6 agosto 2015, n. 125. Misure di indirizzo alle Aziende sanitarie regionali**

A fronte delle specifiche misure regionali di razionalizzazione richiamate, le Aziende Sanitarie regionali sono chiamate ad integrare le strategie di spending review già realizzate, con l'applicazione delle disposizioni di cui agli articoli da 9-ter a 9-septies della legge n. 125 del 6 agosto 2015, recante la *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali”*.

Trattasi di disposizioni che per la oggettiva complessità delle misure previste, il ridotto arco temporale di effettiva applicazione (entrata in vigore nel secondo semestre dell'anno di riferimento) e l'insorgenza di potenziali contenziosi, con particolare riferimento alla rinegoziazione dei contratti di fornitura di beni e servizi, potrebbero non conseguire necessariamente l'effetto previsto in termini di contenimento della spesa.

Il complesso normativo sopra richiamato individua una serie di misure a carico delle aziende sanitarie, prevedendo altresì, all'art. 9-septies, comma 2 la possibilità per le Regioni di adottare anche *“misure alternative, purchè assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario”*.

In coerenza con la norma di coordinamento di finanza pubblica, si ritiene utile procedere alla formulazione di indirizzi per il livello aziendale per l'attuazione di quanto previsto dalla legge, proponendo un'analisi del quadro normativo relativo ad alcune aree di potenziale indirizzo e coordinamento, con la finalità di orientare l'attività delle aziende sanitarie verso un percorso comune ed omogeneo, tendente all'obiettivo di risparmio atteso dal livello centrale e regionale, salvaguardando l'invarianza della qualità e quantità delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza da garantire agli utenti del Servizio Sanitario Regionale. In alcuni casi la normativa richiamata necessita di ulteriori atti per una sua piena applicazione, tuttavia nel prosieguo della trattazione sono evidenziati tutti i percorsi che negli ultimi anni hanno caratterizzato le politiche di efficientamento della spesa sanitaria che sono state poste in essere dalla Regione e dalle Aziende sanitarie regionali. I risultati conseguiti sotto il profilo del contenimento dei costi connessi all'assistenza socio-sanitaria rappresentano la testimonianza più evidente circa l'efficacia delle misure intraprese e che in alcuni casi possono supplire alla pedissequa applicazione di una normativa quanto mai complessa.

### **Efficientamento acquisto di beni e servizi**

L'art. 9 ter della Legge 125/2015, prevede:

- comma 1, lettera a) ... *“Per l'acquisto dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al presente decreto, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere”*;

- comma 2 ... *“Le disposizioni di cui alla lettera a) del comma 1 si applicano anche ai contratti per acquisti dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al presente decreto, previsti dalle concessioni di lavori pubblici, dalla finanza di progetto, dalla locazione finanziaria di opere pubbliche e dal contratto di disponibilità, di cui, rispettivamente, agli articoli 142 e seguenti, 153, 160-bis e 160-ter del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. In deroga all'articolo 143, comma 8, del predetto decreto legislativo 12*

*aprile 2006, n. 163, la rinegoziazione delle condizioni contrattuali non comporta la revisione del piano economico finanziario dell'opera, fatta salva la possibilità per il concessionario di recedere dal contratto; in tale ipotesi si applica quanto previsto dal comma 4 del presente articolo”;*

*- comma 4 ... “Nell'ipotesi di mancato accordo con i fornitori, nei casi di cui al comma 1, lettere a) e b), entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta in ordine ai prezzi o ai volumi come individuati ai sensi del comma 1, gli enti del Servizio sanitario nazionale hanno diritto di recedere dal contratto, in deroga all'articolo 1671 del codice civile, senza alcun onere a carico degli stessi. E' fatta salva la facoltà del fornitore di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla comunicazione della manifestazione di volontà di operare la riduzione, senza alcuna penalità da recesso verso l'amministrazione. Il recesso è comunicato all'amministrazione e ha effetto decorsi trenta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione da parte di quest'ultima”;*

*- comma 5 ... omissis ... “gli enti del Servizio sanitario nazionale che abbiano risolto il contratto ai sensi del comma 4, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da aziende sanitarie della stessa o di altre regioni o da altre stazioni appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi, previo consenso del nuovo esecutore”.*

In attuazione di quanto contemplato dall'art. 9-ter della Legge n. 125/2015, ogni direzione aziendale dovrà mettere in campo le seguenti misure:

- proporre ai fornitori di beni e servizi di cui alla Tabella A allegata alla Legge 125/2015, una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso. La rinegoziazione deve garantire una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere;

- in caso di mancato accordo vanno applicate le disposizioni previste al comma 4 e al comma 5 dell'art.9-ter della legge 125/2015.

In considerazione del fatto che la norma consente alle amministrazioni sanitarie regionali, di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi, agendo o sui prezzi unitari o sui volumi, o su entrambe le leve con la garanzia della riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere, le Direzioni aziendali al fine di perseguire l'obiettivo indicato dalla norma nazionale, pur tenendo conto della salvaguardia dei L.E.A., devono attivare ogni utile strategia volta a potenziare l'attività di monitoraggio sia sui consumi, che sui tempi di pagamento.

Si richiama in questa sede anche la nota del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 27.02.2013 avente ad oggetto “Ambito di applicazione delle disposizioni di cui all'art.15, c.13, lett. a) e b) del decreto legge 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135”, già trasmessa alle Direzioni Aziendali con nota prot. n.0038584-2013 del 15.03.2013.

Nella nota si legge, in particolare, che alla riduzione dei volumi d'acquisto di beni e servizi con la conseguente riduzione della spesa, deve accompagnarsi una “*immutata capacità degli enti e delle aziende del SSN di garantire le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza*” ... operazione non meramente contabile, ma strategica, che

come sottolinea la nota *“non resti affidata ai soli uffici aziendali deputati alla stipula e alla gestione dei contratti di fornitura o appalto, ma coinvolga tutta la direzione aziendale chiamata ad adottare ogni utile misura per la riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico medico, terapeutico chirurgico, riabilitativo e socio sanitari”* pertanto è *“nell’ambito di tale riorganizzazione che andranno quindi individuati i margini di efficientamento conseguibile e promosse contestualmente iniziative sul versante dell’appropriatezza erogativa”*.

Anche ai fini dell’applicazione del comma 5, art. 9-ter della L. n. 125/2015, vanno attivate inoltre formali indagini di mercato per i contratti di cui alla Tabella A allegata alla Legge 125/2015, presso le centrali di committenza regionali e nazionale per verificare se esista un contratto a prezzi più vantaggiosi (la garanzia è quella di ottenere la riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere) al quale le Aziende sanitarie regionali debbano aderire nell’eventualità del recesso. Tale ricerca di mercato permette anche di verificare la congruità dei prezzi attualmente praticati dalle Aziende sanitarie regionali più volte richiesto anche dai Collegi sindacali.

L’adesione ad altro contratto dovrà avere la durata necessaria all’espletamento di una nuova procedura di gara.

Per le gare centralizzate il procedimento di rinegoziazione previsto dalla norma, come già avvenuto per altre procedure accentrate, va effettuato dall’Azienda capofila che ha curato l’espletamento della procedura centralizzata oppure dall’Azienda sanitaria del RUP (responsabile unico del procedimento) che aveva curato l’espletamento della procedura centralizzata già prevista nel piano di gare ex AUS (Agenzia Umbria Sanità).

Tra le altre misure di efficientamento da realizzare si sottolineano altresì:

- una corretta programmazione degli acquisti con priorità all’espletamento delle gare centralizzate regionali mediante ricorso alla Centrale Regionale per gli Acquisti in Sanità (CRAS) e nazionale CONSIP;
- una puntuale analisi e standardizzazione dei fabbisogni di beni e servizi con l’introduzione della metodologia Health Technology Assessment (HTA);
- un monitoraggio continuo dei “prezzi di riferimento” messi a disposizione dai competenti organismi nazionali (es.: ANAC, CONSIP) per le finalità disposte dalla normativa vigente.

## **Dispositivi medici**

L’art. 9 ter della Legge 125/2015, prevede:

- comma 1, lettera b) ... *“al fine di garantire, in ciascuna regione, il rispetto del tetto di spesa regionale per l’acquisto di dispositivi medici fissato, coerentemente con la composizione pubblico-privata dell’offerta, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza biennale, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4 per cento, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l’effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso”*.

- comma 3 ... “Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera b) del comma 1, e nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, il Ministero della salute mette a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel nuovo sistema informativo sanitario ai sensi del decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29 luglio 2010”.

Sempre in riferimento ai prezzi dei dispositivi medici:

- comma 7 ... “presso il Ministero della salute è istituito, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici allo scopo di supportare e monitorare le stazioni appaltanti e verificare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti dall'Autorità nazionale anticorruzione o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del nuovo sistema informativo sanitario”.

Riguardo all'eventuale superamento del tetto di spesa:

- comma 8 ... “Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro il 30 settembre di ogni anno, e' certificato in via provvisoria l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale di cui al comma 1, lettera b), per l'acquisto di dispositivi medici, sulla base dei dati di consuntivo relativi all'anno precedente, rilevati dalle specifiche voci di costo riportate nei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE, di cui al decreto del Ministro della salute 15 giugno 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 159 del 10 luglio 2012, salvo conguaglio da certificare con il decreto da adottare entro il 30 settembre dell'anno successivo, sulla base dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento”.

- comma 9 ... “L'eventuale superamento del tetto di spesa regionale di cui al comma 8, come certificato dal decreto ministeriale ivi previsto, e' posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento nell'anno 2015, al 45 per cento nell'anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dall'anno 2017. Ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale. Le modalita' procedurali del ripiano sono definite, su proposta del Ministero della salute, con apposito accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano”.

Dalla lettura della norma appare evidente che, fermo restando il tetto di spesa nazionale del 4,4%, i tetti di spesa regionali, rimodulati sulla base della composizione pubblico-privata dell'offerta, devono ancora essere fissati con un provvedimento che sarà adottato a livello centrale.

Ad oggi, non è quindi noto il tetto di spesa per la Regione Umbria e non è pertanto possibile calcolare lo scostamento tra la spesa e il tetto regionale, al fine di quantificare il “risparmio” che dovrebbe essere conseguito con la rinegoziazione dei contratti prevista dal sopra richiamato comma 1 lettera b).

Inoltre, non sono state ancora definite le modalità con cui il Ministero della Salute metterà a disposizione delle Regioni i prezzi unitari presenti in NSIS, nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'ANAC.

Ciò nonostante, si ritiene comunque opportuno raccomandare il rispetto delle precedenti misure adottate dalla Giunta Regionale finalizzate a perseguire l'obiettivo del contenimento della spesa per i dispositivi medici, di cui si riporta di seguito uno schema riepilogativo.

ATTI DELIBERATIVI	SINTESI DELLE AZIONI INERENTI I DISPOSITIVI MEDICI
<p><b>DGR 1409 del 12.11.2012:</b>            “Prime linee di indirizzo per l'applicazione del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 35”</p>	<p>Le Aziende Sanitarie regionali sono state richiamate al rispetto delle disposizioni e del tetto di spesa previsti dalla normativa vigente e al puntuale conferimento dei dati alla Regione, per il successivo invio al Ministero della Salute, nel rigoroso rispetto dei relativi disciplinari tecnici e delle specifiche funzionali dei tracciati ai sensi del DM 11 giugno 2010.</p>
<p><b>DGR 909 del 29.07.2013:</b>            “Azioni di indirizzo e coordinamento per il contenimento della spesa in ambito sanitario. Provvedimenti ulteriori per gli adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento del Servizio sanitario Nazionale”</p>	<p>Alla luce della riduzione del tetto di spesa nazionale dal 4,8% al 4,4%, e considerato il notevole scostamento tra tale tetto e la spesa storica regionale, sono stati messi in atto ulteriori strumenti di intervento, per ridurre il disallineamento tra la proiezione di spesa e il tetto stabilito dalla legge.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le Aziende Sanitarie devono monitorare mensilmente i consumi e la spesa dei DM e adottare specifici provvedimenti per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e d'uso con particolare riguardo a quelli innovativi e di costo elevato;</li> <li>• le Aziende Sanitarie che accettano l'offerta di campioni gratuiti dovranno attivare idonee misure di monitoraggio, in considerazione della possibile induzione di spesa sul territorio;</li> <li>• le Aziende Sanitarie devono attivare interventi finalizzati ad evitare o minimizzare l'uso improprio dei dispositivi (produzione di linee guida o protocolli di impiego; raccolta prospettica dei dati di utilizzo/registri dei casi, definizione di limitazioni di utilizzo e attivazione di programmi di uso controllato, audit locali per la verifica degli esiti dei trattamenti), anche avvalendosi di Linee guida di riferimento nazionali/internazionali;</li> <li>• i repertori aziendali dei DM devono essere costantemente aggiornati con le anagrafiche di tutti i prodotti complete delle informazioni relative alla Classificazione Nazionale Dispositivi Medici (CND) e del codice attribuito ai dispositivi dal sistema Banca dati/Repertorio Nazionale del Ministero della Salute, laddove previsto. Tale processo è propedeutico alla predisposizione di un Repertorio Unico regionale dei DM;</li> <li>• le Aziende sanitarie regionali devono garantire completezza e qualità dei dati degli specifici flussi informativi per la rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei dispositivi medici;</li> <li>• la Regione metterà a disposizione delle Aziende sanitarie regionali la reportistica per verificare lo stato di completezza dei flussi dei contratti e dei consumi dei dispositivi medici, per permettere alle Direzioni aziendali azioni di monitoraggio e revisione sistematica al fine di adottare misure correttive di contenimento;</li> <li>• anche per prodotti di bassa complessità tecnologica e di largo consumo, le singole Aziende sanitarie dovranno procedere alla revisione dell'utilizzo, al fine di garantire un uso ottimale;</li> <li>• sia la fase di prescrizione, in ambito ospedaliero e territoriale, che la fase di acquisizione dei dispositivi medici dovranno essere supportate da valutazioni di Health Technology Assessment (HTA) per garantire la comparazione tra i prodotti sulla base di criteri di costo/efficacia e sicurezza scientificamente documentati;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• per ottimizzare i processi di acquisto centralizzati, le Aziende Sanitarie debbono procedere all'aggregazione dei dispositivi medici in Categorie omogenee, intendendo con questo termine prodotti che, pur differenziandosi in alcune caratteristiche, possono garantire prestazioni sanitarie sovrapponibili. Inoltre, viene richiamato il rispetto della disposizione contenuta nel Decreto del Ministero della salute 21 dicembre 2009, agli artt. 5 e 6.</li> </ul>
<p><b>DGR 1190 del 22.09.2014:</b>  “Programma CRAS 2014. Provvedimenti e indicazioni”</p>	<p>La definizione della pianificazione pluriennale unica a livello regionale per gli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario ha l'obiettivo della razionalizzazione della spesa sanitaria per forniture e servizi nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali, anche attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda di beni e servizi. Pertanto i direttori generali sono responsabili del:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- controllo dell'evoluzione del livello di centralizzazione degli acquisti regionali incrementando il numero ed il valore delle gare aggregate rispetto all'anno 2013. In questo caso i direttori generali sono chiamati ad effettuare, tramite le proprie strutture aziendali, una pianificazione che terrà conto delle necessità delle strutture del SSR, delle scadenze contrattuali, delle strategie nazionali/regionali in tema di contenimento dei consumi dei dispositivi medici e dei farmaci. In particolare, i direttori generali, come richiesto dal Patto per la Salute 2014-2016, al fine di migliorare la programmazione della spesa ed il controllo dell'appropriatezza dei consumi sui dispositivi medici a più alto costo, si impegnano a definire un budget annuale preventivo dei consumi per Classi CND.</li> </ul>

### **Farmaceutica territoriale e ospedaliera.**

Riguardo al contenimento della spesa farmaceutica, la Legge 125/2015 (Art. 9-ter c. 10 e 11) impegna l'AIFA a concludere entro il 30 settembre 2015 le procedure di rinegoziazione con le aziende farmaceutiche volte alla riduzione del prezzo di rimborso dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito di raggruppamenti di medicinali terapeutamente assimilabili, separando i medicinali a brevetto scaduto da quelli ancora soggetti a tutela brevettuale.

Inoltre, la medesima AIFA è incaricata di ricontrattare il prezzo alla scadenza del brevetto dei medicinali biotecnologici, nonché a ridurre il prezzo dei medicinali soggetti a rimborsabilità condizionata nell'ambito dei registri di monitoraggio presso l'Agenzia, i cui benefici rilevati, decorsi due anni dal rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio, siano risultati inferiori rispetto a quelli individuati nell'ambito dell'accordo negoziale.

Pertanto, dai provvedimenti che dovrà adottare l'AIFA è attesa una riduzione di spesa, sebbene non ne sia stato quantificato l'ammontare.

Tuttavia, considerato l'andamento crescente della spesa farmaceutica nell'anno 2015, inclusa quella per i farmaci innovativi di cui all'art. 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e tenuto conto del contenzioso in atto tra l'AIFA e le aziende farmaceutiche sulle procedure di ripiano dello sfondamento dei tetti di spesa, di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che rende incerto il recupero del pay-back da parte delle Regioni, non è agevole stimare l'impatto che i sopra richiamati provvedimenti avranno sulla spesa farmaceutica regionale.

La Regione, con gli atti deliberativi sopra richiamati per i dispositivi medici, ha stabilito azioni di indirizzo e coordinamento delle Aziende Sanitarie anche per il governo della spesa farmaceutica.

Comunque, considerato l'andamento crescente della spesa farmaceutica regionale e preso atto della continua immissione sul mercato di nuovi farmaci ad elevata tecnologia ed altissimo costo per i quali il prezzo d'acquisto è predeterminato da AIFA, si ritiene opportuno introdurre, tra le **misure alternative**, un ulteriore elemento di razionalizzazione per il contenimento della spesa farmaceutica regionale.

Considerato che una delle principali voci di spesa è rappresentata dai farmaci oncologici e tenuto anche conto della progressiva attuazione del regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015, si stabilisce pertanto di procedere ad una centralizzazione dell'allestimento delle terapie oncologiche a livello sovra aziendale.

Tale modello organizzativo permetterebbe al contempo di soddisfare i requisiti dei galenici oncologici (qualità, efficacia e sicurezza), di ottemperare a quanto indicato nella Raccomandazione n. 14 del Ministero della Salute e dalla Rete Oncologica Regionale (DGR n. 1535/2014) e di liberare le risorse derivanti dal recupero degli avanzi di lavorazione dei farmaci mediante la diminuzione dei laboratori e l'accorpamento delle attività di allestimento.

In questo modo, i resti dei piccoli centri, se accorpati a quelli dei grossi centri avrebbero la possibilità di essere utilizzati per intero senza sprechi.

Attualmente in Umbria ci sono sette centri di preparazione e somministrazione (Azienda Ospedaliera di Perugia, Azienda Ospedaliera di Terni, PP.OO. di Foligno, Città di Castello, Città della Pieve, Branca, Assisi). A questi si aggiungono altri cinque centri di sola somministrazione (PP.OO. di Spoleto, Media Valle del Tevere, Narni, Amelia e Orvieto).

Al fine di valutare la fattibilità del progetto, reso possibile dal fatto che tutte le chemioterapie effettuate in Umbria sono prescritte con un solo software di prescrizione, allestimento e somministrazione in dotazione a tutte le strutture e che alimenta un unico data base, è stata verificata l'entità quantitativa e qualitativa degli scarti di produzione che si hanno per le molecole dotate di stabilità superiore alle 24 ore, per le quali si potrebbe pensare di riutilizzare l'avanzo anche nei giorni seguenti, ferma restando la stretta osservanza delle NBP.

Al notevole risparmio che potrebbe registrarsi attraverso la conservazione degli avanzi andrebbe aggiunto quello derivante dal minor consumo di dispositivi medici (DM) e di dispositivi di protezione individuale (DPI), dato che con meno centri di allestimento si avrebbe anche meno personale esposto.

In un'ottica di valutazione costi/benefici occorre altresì prendere in considerazione la spesa da sostenere per la centralizzazione dell'allestimento e per l'organizzazione della logistica delle consegne dei preparati. Occorre inoltre considerare che un sistema di questo tipo risolve la cronica mancanza di personale specializzato in questo specifico ambito, soprattutto nelle farmacie ospedaliere più piccole dove il farmacista è "costretto" ad occuparsi delle diverse tematiche senza potersi dedicare specificatamente ad un ambito così specialistico.

E' tuttavia necessario fare anche una riflessione circa gli aspetti critici del sistema:

- programmazione rigida delle terapie senza possibilità di adattamento secondo le condizioni del paziente la mattina del trattamento;
- possibili ritardi nella consegna dei farmaci antitumorali a causa di vari problemi (traffico, interruzioni stradali, malattie autisti, ecc);

- mancato funzionamento dei collegamenti in rete con il server della Regione (ubicato a Terni) presso il quale è installato il software.

Per questi aspetti critici occorrerà preoccuparsi di prevedere specifiche procedure che facilitino il lavoro nella situazione di “emergenza” in modo che gli eventuali disagi per il personale e per i pazienti sia minimizzato.

Da una valutazione complessiva di quanto sopra premesso si può comunque ipotizzare che la progressiva introduzione di un sistema di centralizzazione degli antiblastici nei termini descritti possa determinare risultati economicamente apprezzabili in termini di risparmi e, tenuto conto delle dotazioni tecnologiche e strutturali dei laboratori galenici dell’Azienda Ospedaliera di Perugia e del Presidio Ospedaliero di Foligno, si ritiene opportuno procedere, in fase di prima applicazione, alla centralizzazione delle terapie oncologiche come segue:

- nel laboratorio galenico dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, per i centri di somministrazione afferenti alla USL Umbria 1 e all’Azienda Ospedaliera stessa;
- nel laboratorio galenico del P.O. di Foligno, per i centri di somministrazione afferenti alla USL Umbria 2 e all’Azienda Ospedaliera di Terni.

Pertanto si dà mandato alle Aziende Sanitarie regionali di presentare alla Direzione Salute e Coesione sociale, entro il 15.11.2015, un progetto finalizzato alla centralizzazione dell’allestimento delle terapie oncologiche a livello sovra aziendale, con successiva sottoscrizione di accordi interaziendali di regolamentazione, da stipulare entro il 31.12.2015;

### **Rideterminazione del livello di finanziamento del S.S.N.**

L’art. 9-septies, comma 2 della Legge 125/2015 prevede che le Regioni e PP.AA. di Trento e Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza possono comunque conseguire l’equilibrio economico-finanziario individuato al comma 1 dello stesso articolo anche adottando **misure alternative**, purchè assicurino l’equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario. A tal fine occorrerà implementare azioni già previste tra le misure di razionalizzazione dei servizi, al fine del completamento del percorso di riordino ed in particolare riguardo a:

- Razionalizzazione dell’attività dei laboratori di analisi;
- Razionalizzazione dell’attività delle chirurgie;
- Razionalizzazione dei punti nascita.

<b>ATTI DELIBERATIVI</b>	
<b>LABORATORI DI ANALISI</b>	
<b>DGR 1402 del 10.11.2014:</b> “Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete regionale di diagnostica di laboratorio. Determinazioni”	La Rete dei Laboratori Analisi della Regione Umbria, costituita con DGR n. 1662 del 1 dicembre 2008, ha operato in questi anni per rendere pienamente attiva la funzione di "Rete" attraverso la razionalizzazione delle strutture, lo sviluppo di sinergie, la condivisione di professionalità e tecnologie tra i servizi di diagnostica di laboratorio di tutta la Regione.

	<p>La prima fase di razionalizzazione è stata la centralizzazione delle procedure di acquisto dei materiali e delle tecnologie di laboratorio in prospettiva di una unificazione prima funzionale e poi strutturale.</p> <p>Dal punto di vista strutturale si sono realizzate le fusioni, nelle due città di Perugia e Terni, delle attività delle due Aziende Ospedaliere con i rispettivi laboratori territoriali (Laboratorio di Piazzale Europa ex USL 2 a Perugia e Laboratorio di Via F. Cesi ex USL 4 a Terni). A questa unificazione ha fatto seguito la fusione dei due laboratori dedicati allo screening citologico (Laboratorio unico regionale a Perugia).</p> <p>In seguito è stato realizzato un "Sistema di service di laboratorio" fra strutture che operano nella stessa Rete, avviato in via sperimentale già dal 2013. Lo scopo di tale progetto è quello di indirizzare i campioni, relativi agli esami meno frequenti, complessi o che necessitano di tecnologie e personale altamente qualificato presso singole strutture di riferimento nell'ambito dell'intera Regione Umbria.</p>
<b>CHIRURGIE</b>	
<p><b>DGR 970 del 30.07.2012:</b> "Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti"</p> <p><b>DGR 1827 del 29.12.2014:</b> "Pre-adozione del Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 5 Agosto 2014"</p>	<p>Il DM 70/2015 indica alle Regioni di rientrare entro tetti di offerta di posti letto ospedalieri per malati acuti pari al 3 per mille e dello 0,7 per mille per i malati in condizioni di post-acuzie.</p> <p>L'atto di pre-adozione evidenzia che l'Umbria ha una dotazione già ottimale di letti per acuti, mentre sconta una significativa sotto-dotazione per la post-acuzie di circa 200 PL.</p> <p>Alcune misure attualmente in corso di esecuzione, dopo l'atto in questione, prevedono una ulteriore riduzione dell'offerta di posti letto per acuti (-6 per l'Ospedale di Amelia che saranno riconvertiti in riabilitazione e -25 per la riconversione dell'Ospedale di Città della Pieve).</p> <p>In particolare per le discipline chirurgiche occorrerà effettuare delle razionalizzazioni significative, poiché il numero di Strutture Complesse risulta eccedente il fabbisogno stimato, mentre il DM 70/2015 focalizza l'attenzione sulla chirurgia oncologica (mammella, esofago, etc.) rappresentando l'esigenza di ottimizzare i rapporti volumi/esiti alla luce delle evidenze scientifiche.</p> <p>Per ciò che concerne i blocchi operatori è stata avviata una attività di formazione interaziendale con un corso finalizzato ad approfondire i paradigmi, le soluzioni, gli strumenti ed i percorsi organizzativi per introdurre il nuovo modello della <b>lean organization</b> o sistema Toyota per la sanità nel percorso chirurgico. Con tale modello si cerca di limitare al massimo gli sprechi nei processi lavorativi che nei blocchi operatori riconoscono delle aree di forte criticità organizzativa e di significativo impatto sulla spesa.</p>

<b>PUNTI NASCITA</b>	
<p><b>DGR 970 del 30.07.2012:</b> “Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti”</p> <p><b>DGR 1344 del 02.12.2013:</b> “Riorganizzazione area materno infantile e razionalizzazione della rete dei punti nascita della regione Umbria”</p> <p><b>DGR 1040 del 04.08.2014:</b> “Riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita ed approvazione dei protocolli interaziendali di attuazione della DGR n. 1344/2013”</p> <p><b>DGR 1698 del 15.12.2014:</b> “Linee di indirizzo operative per la riqualificazione dello STAM e implementazione dello STEN”</p> <p><b>DGR 945 del 03.08.2015:</b> “Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell’Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione protocolli interaziendali di attuazione”</p>	<p>La riorganizzazione dell’area materno infantile e la razionalizzazione della rete dei Punti Nascita dell’Umbria, ai sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, è stata avviata con l’obiettivo di sviluppare un nuovo ciclo di programmazione finalizzato a mantenere le strutture dei Punti Nascita nell’ambito della rete regionale dell’emergenza-urgenza.</p> <p>In tale contesto è stato approvato il nuovo assetto della rete materno infantile regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 2 punti nascita HUB nelle due Aziende Ospedaliere sede di DEA di 2° livello con l’attivazione di 2 Aree Funzionali Omogenee Interaziendali (AFOI) attraverso protocolli operativi integrati tra Azienda Ospedaliera di Perugia - Azienda USL Umbria n. 1 e Azienda Ospedaliera di Terni - Azienda USL Umbria n. 2 e conseguente integrazione delle équipes dei punti nascita degli Ospedali di Territorio per assicurare l’implementazione della condivisione di procedure, di gestione della gravidanza a rischio, di formazione integrata;</li> <li>- n. 5 punti nascita SPOKE negli ospedali sede di DEA di 1° livello;</li> <li>- il potenziamento del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e l’attivazione di un unico servizio regionale di Sistema di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN).</li> </ul> <p>Tale processo di riorganizzazione dell’area materno infantile e di razionalizzazione della rete dei Punti Nascita prevede la chiusura dei PN di Assisi, di Castiglione del Lago e di Narni.</p>

Sempre a proposito della specificazione delle **misure alternative** che consentono il conseguimento degli obiettivi economico-finanziari di cui al comma 1 dell’art. 9-septies sono da evidenziare le azioni intraprese dalla Regione per l’efficientamento della spesa del personale con riferimento alla riduzione delle strutture complesse e delle strutture semplici.

Con deliberazione n. 1777 del 27.12.2012 la Giunta regionale, in applicazione dell’articolo 12, comma 1, lett. b) del Patto per la Salute 2010/2012, sulla base degli standard per le strutture complesse e semplici approvati dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, e tenendo conto delle specifiche esigenze assistenziali risultanti anche dal processo di riassetto istituzionale delle Aziende Sanitarie disposto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18 (consolidata nella LR 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di sanità e servizi sociali”), nonché delle altre misure di riordino e razionalizzazione previste con la DGR 970/2012, disponeva che le Aziende Sanitarie regionali adottassero un piano triennale di riduzione delle proprie strutture semplici e complesse, sia previste che assegnate, sulla base delle indicazioni contenute nel documento istruttorio della deliberazione medesima.

L’applicazione degli standard approvati dal Comitato al totale delle strutture complesse e semplici delle Aziende Sanitarie regionali, come riportato nel documento istruttorio della deliberazione sopra richiamata, ha prodotto a livello regionale i seguenti risultati:

Strutture Complesse previste in dotazione organica = 298  
Incarichi assegnati (posti coperti) = 194  
Strutture Complesse da standard = 266

Strutture Semplici previste in dotazione organica = 866  
Incarichi assegnati (posti coperti) = 762  
Strutture Semplici da standard = 348

In sintesi, per quanto riguarda le strutture complesse sia ospedaliere che non ospedaliere, il piano di riduzione per l'adeguamento allo standard è riferito al numero di posti previsti in dotazione organica, mentre per gli incarichi conferiti, essendo il numero degli stessi largamente inferiore allo standard, è risultato sufficiente attenersi alla disciplina regionale che prevede l'autorizzazione della Giunta per la copertura delle strutture complesse, affinché non si determinino sforamenti nello standard. Per quanto riguarda invece il numero delle strutture semplici (sia previste che coperte) si è evidenziato un notevole disallineamento con gli standard nazionali.

Ogni Azienda, pertanto, valutato il proprio grado di scostamento dagli standard nazionali e valutate le proprie esigenze di carattere organizzativo ed assistenziale, doveva procedere, nel piano triennale da adottare (2013/2015), ad adeguarsi agli standard.

Per completezza si rappresenta che con deliberazione n. 1007 del 04.08.2014 la Giunta regionale, nell'ambito degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2014 e per l'attuazione degli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 1777/2012, ha previsto la riduzione del 10% delle strutture semplici nell'ambito del processo di revisione delle stesse.

Inoltre con deliberazione n. 1827 del 23.12.2014 la Giunta regionale ha preadottato, nelle more dell'emanazione definitiva del Decreto interministeriale poi divenuto Decreto 70 del 4 aprile 2015, il provvedimento generale di programmazione attuativo del "Regolamento sugli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera in Umbria".

Si rappresenta altresì che la deliberazione n. 748 del 23.05.2015, con la quale la Giunta regionale ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2015, ha previsto la rimodulazione delle strutture semplici ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lett. b) del Patto della salute 2010-2012, della DGR n. 1777/2012 e del Regolamento sugli standard ospedalieri di cui alle Intese Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e del 13 gennaio 2015 e nel deliberato, che si riporta testualmente di *"dare dato atto che il piano triennale di riduzione delle strutture semplici e complesse previsto dalla dgr n. 177 del 27 dicembre 2012, sia predisposto dalle Aziende sanitarie regionali nel rispetto dell'obiettivo assegnato con il presente atto ai Direttori generale delle medesime Aziende"*.

Il monitoraggio attivato dal Servizio regionale, avviato nel 2014, sullo stato di attuazione della DGR 1777/2012, ha prodotto un risultato solo parziale in quanto non tutte le Aziende sanitarie hanno dato un riscontro puntuale.

Allo stato degli atti, in coerenza alle direttive già emanate, si rende necessario che ogni Azienda sanitaria regionale si doti, entro il 31.10.2015, del piano triennale di riduzione delle strutture semplici e delle strutture complesse. Contestualmente alla riduzione degli incarichi di struttura le aziende dovranno procedere, ai sensi della normativa vigente, al contestuale ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa, riducendo gli stessi degli importi economici connessi alla eliminazione degli incarichi.

**Altre misure di efficientamento della spesa** possono rinvenirsi in alcune indicazioni per quanto concerne i contratti di locazione passiva.

Ai fini del contenimento della spesa pubblica e della razionalizzazione delle risorse in ambito sanitario, le Aziende Sanitarie Regionali hanno provveduto a porre in essere quanto previsto dal decreto-legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 135, in riferimento ai contratti di locazione passiva aventi ad oggetto immobili destinati a finalità istituzionali.

In particolare il comma 4 del citato decreto ha introdotto, a decorrere dal 1 luglio 2014, una riduzione automatica pari al 15% del canone di locazione corrisposto dalle amministrazioni inserite nel conto economico della pubblica amministrazione. La disciplina in argomento si inserisce nei contratti di locazione ai sensi dell'art. 1339 del Codice Civile, anche in deroga alle eventuali clausole difformi apposte dalle parti, salvo il diritto di recesso del locatore.

Per conseguire un ulteriore efficientamento della spesa per acquisto di beni e servizi, in base a quanto stabilito dall'art. 9-ter della L. 125/2015, le Aziende Sanitarie regionali sono tenute a proporre ai locatori una rinegoziazione dei contratti di locazione che deve ridurre l'abbattimento, su base annua, del 5% del valore complessivo dei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso. In caso di mancato accordo, entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta di rinegoziazione, le Aziende Sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico, in deroga all'art. 1671 del codice civile. È fatta salva la facoltà del locatore di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della volontà di operare la riduzione senza alcuna penalità da recesso verso le Aziende Sanitarie. Il recesso è comunicato alle Aziende Sanitarie ed ha effetto decorsi trenta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione da parte di queste ultime.

Inoltre - secondo quanto disposto dall'art. 9-septies della medesima norma - considerato che la Regione Umbria assicura l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello di finanziamento ordinario, il conseguimento dell'obiettivo economico finanziario potrà essere garantito anche attraverso diverse operazioni immobiliari in atto che prevedono di accentrare in un'unica sede i servizi sanitari resi sul territorio in modo da consentire alle Aziende Sanitarie economie derivanti sia dalla riunificazione dei servizi prestati nelle sedi in affitto, sia dalla valorizzazione di quelle di proprietà.

Si riportano di seguito i progetti in itinere che perseguono tale obiettivo:

- Palazzo della salute di Bastia Umbra (DGR n. 247 del 10.03.2008);
- Palazzo della salute di Gubbio (Piano di valorizzazione del presidio ospedaliero dismesso di cui alla DGR n. 1726 del 22.12.2014);
- Palazzo della salute di Orvieto (Accordo di programma tra Regione Umbria, Comune di Orvieto e Azienda USL Umbria n. 2 del 20.03.2015);
- Piano di valorizzazione dell'ex Ospedale Calai di Gualdo Tadino (in corso).